

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1924-1925 — N° 21

TUBERCULOSE RENALE

A FORME PSEUDO-LITHIASIQUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 17 Décembre 1924

PAR

Pierre-Marcel CHAMBON

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à NANTIAT (Haute-Vienne), le 9 février 1899.

Examineurs de la Thèse	{	MM. PRINCETEAU, professeur....	<i>Président.</i>
		RIVIÈRE, professeur.....	{ <i>Juges.</i>
		GUYOT, professeur.....	
		DUVERGEY, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1924

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1924-1925 — N° 21

TUBERCULOSE RENALE

A FORME PSEUDO-LITHIASIQUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 17 Décembre 1924

PAR

Pierre-Marcel CHAMBON

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à NANTIAT (Haute-Vienne), le 9 février 1899.

Examineurs de la Thèse	{	MM. PRINCETEAU, professeur....	<i>Président.</i>
		RIVIÈRE, professeur.....	{ <i>Juges.</i>
		GUYOT, professeur.....	
		DUVERGEY, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1924

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON, VILLAR.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	VERGER	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAËT.	Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie..	N.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants..	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Anatomie.....	PICQUÉ.	Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques	LE DANTEC.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	W. DUBREUILH.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Pathol. ext. et chirurg. opératoire et expériment.	N.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.	ABADIE.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale	BERGONIÉ.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURE.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	BARTHE.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie). — CARLES (Thérapeutique et pharmacologie).
PETGES (Vétéraologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie.....	VILLEMIN.	Médecine générale.....	MICHELEAU.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	BONNIN.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Chirurgie générale.....	ROCHER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	DUVERGEY.
id.....	N.	id.....	PAPIN.
Physique biologique et médicale.....	RECHOU.	id.....	JEANNENEY.
Chimie biologique et médicale.....	N.	Obstétrique.....	PERY.
Médecine générale.....	MAURIAC.	id.....	FAUGÈRE.
id.....	LEURET.	Ophtalmologie.....	TEULIÈRES.
id.....	DUPERIÉ.	Oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
id.....	GREYX.	Pharmacie.....	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	ANDÉRODIAS.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques	LABAT.
Accouchements.....	FAUGÈRE.	Chimie pharmaceutique.....	GOLSE.
Clin. des mal. des voies urinaires.....	DUVERGEY.	Chimie minérale.....	N.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Hygiène appliquée.....	N.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes... MM. ROCHER.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE — A MA MÈRE

A MA FEMME

A MES FRÈRES — A MA SOEUR

A MES PARENTS — A MES AMIS

A MES CAMARADES

DU CORPS DE SANTÉ COLONIAL ET DE LA MARINE

A MONSIEUR LE DOCTEUR E. DESVIGNES

A MES MAÎTRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE LIMOGES, DE LA FACULTÉ DE BORDEAUX

ET DE L'ÉCOLE DE SANTÉ NAVALE ET COLONIALE

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BARTHÉLEMY

*Directeur de l'École principale du Service de Santé de la Marine,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DUVERGEY

*Chargé du cours complémentaire de clinique des maladies des voies urinaires,
Chirurgien des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PRINCETEAU

Professeur à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux.

Chirurgien des hôpitaux,

Chevalier de la Légion d'honneur,

Officier de l'Instruction publique.

TUBERCULOSE RÉNALE

A FORME PSEUDO-LITHIASIQUE

INTRODUCTION

Il y a lieu quelquefois de ne pas admettre dans toute la rigueur de ses termes la phrase de Braun et Cruet : « L'absence de douleur constitue peut-être un des meilleurs signes de probabilité de la tuberculose rénale ».

En effet, s'il est vrai que, le plus souvent, « la vessie crie sa douleur, mais le rein sait la taire », on trouve cependant certains cas de tuberculose rénale dont les premiers symptômes sont des douleurs lombaires simulant absolument les coliques néphrétiques et dont les signes radiographiques ou de laboratoire viennent confirmer ce diagnostic.

Il n'en reste pas moins vrai que, dans l'immense majorité des cas, par ordre d'importance diagnostique, la pyurie doit être mise au premier rang et que le début cystique est de beaucoup le plus fréquent. On voit aussi, moins fréquemment, le début hématurique, le début par polyurie trouble et le début par albuminurie.

Le début douloureux à type de colique néphrétique s'observe assez rarement. C'est l'observation de deux cas de ce genre qui

nous a donné l'idée de prendre pour objet de notre thèse l'étude de cette forme de tuberculose rénale, successivement dénommée « forme douloureuse » par Tuffier et par Cathelin et « forme pseudo-lithiasique » par Marion.

Cette forme est-elle vraiment fréquente et mérite-t-elle une description spéciale ? Ce n'est pas l'avis de tous les auteurs. Certains pensent qu'il s'agit là, en somme, d'erreurs de diagnostic, et qu'avec la somme de renseignements dont on dispose on doit arriver à résoudre le problème.

Pour Chevassu, deux explorations permettent de faire un diagnostic certain :

1° De bonnes radiographies de l'appareil urinaire;

2° La recherche patiente du bacille de Koch dans les urines concentrées et énergiquement centrifugées.

Pousson estime que la ressemblance est quelquefois frappante et que, seuls, des examens de laboratoire très soigneux permettent d'éviter l'erreur.

D'autres avouent s'y être laissés prendre et être tombés sur un rein tuberculeux, croyant trouver un calcul.

Nos investigations nous ont permis de trouver près d'une trentaine de cas de ce genre, tous dénommés rares ou exceptionnels par les auteurs qui les ont rapportés. Cependant, Lanzillotta, à qui nous empruntons sept observations de cette forme pseudo-lithiasique de la tuberculose rénale, pense au contraire qu'elle est assez fréquente. En recherchant systématiquement ces divers cas dans le service du Docteur Marion, il en trouve sept dans l'espace d'un année.

Cette forme serait donc plus fréquente qu'on ne le pense, mais trop souvent méconnue. Nous pensons donc qu'il est de quelque intérêt d'insister sur cette forme un peu spéciale et de proclamer qu'il faut toujours penser à la terrible affection qu'est la tuberculose rénale, même en présence de symptômes positifs de lithiasie.

Avant d'aborder cette étude, qui est plutôt un classement d'observations, nous nous faisons un devoir d'adresser l'expression de notre gratitude à M. le docteur Desvignes, ex-Médecin-

chef du Centre d'Urologie de la XII^e Région, qui, pendant un an, nous intéressa vivement à l'urologie, et, par la suite, multiplia les preuves d'amitié à notre égard. C'est avec lui que nous avons observé les deux malades cités plus haut.

Nous adressons également nos plus sincères remerciements à M. le docteur Dax, chef de clinique, qui nous aida si aimablement dans notre travail.

CHAPITRE PREMIER

Description clinique.

La tuberculose rénale débute le plus souvent par des troubles vésicaux et par des modifications des urines, plus rarement par le mauvais état général du malade. Son attention est le plus souvent attirée par des phénomènes d'irritation vésicale, cystite vraie ou cystalgie. On voit encore, comme devant faire soupçonner une tuberculose rénale, l'absence de microorganismes dans une urine purulente. Les signes vésicaux peuvent manquer, mais alors l'urine est franchement purulente. Parfois encore le malade signale dans ses antécédents une ou plusieurs hématuries.

Cette symptomatologie est parfois profondément troublée. C'est ainsi que dans la forme de tuberculose rénale dont nous entreprenons l'étude, le diagnostic a pu être souvent faussé tant les symptômes observés ressemblaient à ceux que l'on a l'habitude de rencontrer dans la lithiase rénale. M. Marion dit notamment à ce propos : « Je dois avouer que j'ai commis une erreur de diagnostic. La malade accusait des douleurs tellement nettes et caractéristiques que je crus pouvoir affirmer la lithiase, bien que les douleurs n'aient jamais été suivies d'émission de graviers et que la radiographie fût négative. L'intervention me démontra qu'il ne s'agissait pas de lithiase, mais de tuberculose rénale. »

Nous examinerons successivement quels troubles peuvent

être apportés à la symptomatologie classique, dans la forme pseudo-lithiasique. Nous trouvons plusieurs causes d'erreurs dans l'examen et dans l'interprétation de chaque symptôme.

Nous étudierons successivement :

- 1° Les douleurs rénales;
- 2° Les signes vésicaux;
- 3° Les signes radiographiques;
- 4° Les examens de laboratoire.

I° DOULEURS RÉNALES.

Nous avons dit plus haut combien la douleur est peu fréquente dans la symptomatologie ordinaire de la tuberculose rénale. Pour Cathelin, la tuberculose rénale est indolore dans 95 % des cas. Dans la plupart des cas que nous rapportons, au contraire, la douleur prenait une importance primordiale, à tel point que plusieurs malades imploraient l'intervention qui pût les débarrasser de leurs souffrances.

Quelle est la nature de ces douleurs ? Elles se montrent le plus souvent sous forme de crises douloureuses intenses, prenant naissance dans la région lombaire, véritables crises néphrétiques, prenant, selon les cas, des caractères particuliers :

L'observation II nous montre des crises douloureuses et, au moment des crises, de la pollakiurie avec douleurs à la miction.

Nous voyons dans l'observation III, de véritables coliques néphrétiques débutant dans la région lombaire, s'irradiant dans le flanc et immobilisant la malade, le corps en flexion. Après une ou deux heures de souffrance, la douleur cesse. Ces accidents surviennent tous les jours à la même heure et ne sont suivis ni de polyurie ni de pyurie.

L'observation IV nous montre des douleurs du même ordre, s'irradiant le long des cordons et de la cuisse, et telles qu'elles arrachent les cris au malade, avec pollakiurie au moment de la crise.

La malade de l'observation V se plaignait de crises de coliques néphrétiques. Son état douloureux seul la préoccupait, et,

dans l'intervalle des crises, qui revenaient tous les huit à dix jours, la marche et la station debout étaient devenues intolérables.

Douleurs très vives au niveau du rein gauche et brûlures dans le canal, dit l'observation VII.

Dans l'observation publiée par Fenwick (Obs. VIII), nous trouvons un bel exemple du réflexe douloureux croisé, que l'on peut rencontrer dans toutes les affections rénales; la malade se plaignait de souffrir de son rein gauche et cependant c'était son rein droit qui était malade.

Les douleurs que ressentait la malade de l'observation X étaient très vives: crises paroxytiques d'une acuité très grande immobilisant brusquement la malade dans l'attitude assise, couchée ou verticale où elles la surprenaient, allant parfois jusqu'à la syncope. Nous verrons dans le chapitre « Pathogénie », que l'auteur n'attribuait point ces douleurs à des coliques néphrétiques.

« Crises néphrétiques », dit Cathelin dans l'observation XI, « Coliques néphrétiques », dit Marion dans l'observation XII.

Perrier (Obs. XIII) précise les douleurs de son malade. C'étaient de fortes douleurs dans le côté gauche, s'irradiant jusque dans les testicules, sous forme de crises, calmées par des lavements chauds.

L'observation XIV nous montre des douleurs lombaires gauches, s'irradiant suivant le pli de l'aîne et revenant sous forme de crises à intervalles réguliers, crises véritables avec vomissements.

C'est encore par une crise ayant duré deux heures, avec violente douleur lombaire droite, sans irradiation, avec vomissement, que débutent les accidents dont se plaint le malade de l'observation XV. Elles ont été fréquentes pendant quatre ans, en rapport avec la fatigue, l'effort, toujours accompagnées par une absence de miction.

C'est parce que le malade souffrait que l'on a été amené à le radiographier, dit l'observation XVI.

Douleur brusque et vive, s'irradiant le long de l'uretère et

descendant jusqu'au testicule du même côté, avec mictions fréquentes et douloureuses, dit l'observation XVII.

Cathelin dépeint ainsi les crises de « colique rénale » droite du malade de l'observation XVIII : « Elles surviennent de façon intermittente, aussi bien le jour que la nuit, durent de quatre à cinq heures, prenant toujours naissance dans l'hypochondre droit, puis s'irradiant vers l'aîne droite et le ventre. De plus, envie constante d'uriner au moment des douleurs, puis vomissements de glaires et d'aliments. »

Dans l'observation XIX, il s'agissait de douleurs violentes à forme paroxystique, dont l'origine siégeait dans la région lombaire droite, ne s'accompagnant ni de pyurie ni d'hématurie, et traitées longtemps comme coliques néphrétiques d'origine calculuse.

Enfin, si nous examinons les observations rapportées par Lanzillotta, nous trouvons toujours des crises douloureuses du rein avec des caractères assez semblables :

Obs. XX : douleurs à type néphrétique des plus nettes.

Obs. XXI : crises douloureuses du rein gauche avec irradiation le long de l'uretère. Douleur à la miction au moment des crises.

Obs. XXIII : crises douloureuses du rein gauche (la première avec vomissement), revenant à intervalles réguliers, plus ou moins intenses, affectant cliniquement les caractères de la colique néphrétique.

Obs. XXIV : crises douloureuses, parfois accompagnées de vomissements.

Obs. XXV : les douleurs reviennent par crises tous les un ou deux mois.

Enfin, l'observation XXVI dit : douleur du rein gauche, survenant par crises depuis deux mois et simulant absolument la colique néphrétique.

La première partie de cette symptomatologie montre que la dénomination de « pseudo-lithiasique » à cette forme de tuberculose rénale se trouverait presque suffisamment justifiée. Mais, si nous poussons plus loin nos investigations, nous trouvons tout un ensemble de nouveaux symptômes, positifs ou négatifs, qui peuvent contribuer à induire en erreur.

.... II. SIGNES VÉSICAUX

Nous avons dit plus haut quelle importance prennent les signes vésicaux dans la tuberculose rénale, même à son début.

« La vessie crie sa douleur », disait Chevassu.

Wildbolz, sur 121 malades, opérés ou non opérés, constata par l'examen cystoscopique l'intégrité de la vessie chez 7 malades seulement, soit 5,8 pour 100 (4 hommes et 3 femmes).

Sur 150 opérés de Rafin, des symptômes vésicaux nets étaient reconnaissables, soit cliniquement, soit cystoscopiquement, chez 120, soit 80 pour 100. 19 présentaient des symptômes très atténués et 11 au plus étaient indemnes de manifestations vésicales soit 7,3 d'indemnes (dont 8 hommes et 2 femmes).

Cathelin dit : « La tuberculose est la grande pourvoyeuse de la cystite. »

La prédominance des signes vésicaux dans la tuberculose rénale est donc la règle.

Que trouvons-nous dans nos observations qui simulent la lithiase ? Très souvent des vessies saines, très souvent le minimum de signes vésicaux.

L'observation de notre premier malade montra une vessie saine, sauf une zone d'œdème au niveau de l'orifice urétéral gauche.

Dans l'observation II, nous trouvons une bonne capacité vésicale, une vessie saine, sauf des bords œdémateux de l'orifice urétéral gauche, lésions qui peuvent très bien se rencontrer dans la lithiase ; et pourtant l'examen du rein enlevé montra des lésions tuberculeuses très avancées.

L'observation IX nous montre une vessie normale.

Pas de lésion de la vessie, dit l'observation XVII, pas de rougeur de la muqueuse, les orifices urétéraux sont normaux.

La cystoscopie montre une vessie saine, dit l'observation XIX.

Vessie normale, de bonne capacité, dit l'observation XX, les orifices urétéraux sont visibles, mais le gauche impossible à cathétériser, parce que toute sonde bute à un centimètre et demi.

L'observation XXIII ne décèle aucun phénomène vésical. La cystoscopie montre une vessie presque saine, d'une capacité de 300 grammes. Seul l'orifice urétéral gauche est entouré d'une zone d'œdème.

L'examen cystoscopique du malade de l'observation XXIV montre une vessie saine dans son ensemble, et de grande capacité. L'orifice droit est normal, le gauche entouré d'œdème bulleux.

La cystoscopie montre une vessie saine et deux orifices normaux, dit enfin l'observation XXVI.

Voici donc un ensemble de symptômes, négatifs il est vrai, venant s'ajouter aux précédents, et qui font douter qu'on soit en présence d'une tuberculose rénale tant sont fréquentes dans cette affection les lésions de la vessie. Douleurs à forme de coliques néphrétiques, peu ou pas de signes vésicaux, tels sont bien des symptômes en faveur de la lithiase rénale. Il vient donc tout naturellement à l'esprit du praticien l'idée de faire une radiographie de l'appareil urinaire.

III. SIGNES RADIOGRAPHIQUES.

Nous trouvons une nouvelle cause d'erreur. Une radiographie positive peut venir confirmer, en apparence, un diagnostic un peu hâtif. Les taches produites dans plusieurs cas par des lésions tuberculeuses du rein peuvent très bien être prises pour des taches indicatrices de calculs, comme le montrent nos observations.

La notion de faux calculs existe déjà depuis de nombreuses années et c'est une notion classique sur laquelle nous ne reviendrons pas, après les travaux d'Albers Schönberg, Cathelin, Proust et Infroit, Jeanbrau, Rafin et Arcelin, Molard, Fenwick, Clarke, Bécèle, Legueu.

Il est de nombreux cas où nous pouvons affirmer la présence de calculs du rein par la forme caractéristique des ombres. Comme l'exprime Cathelin, les calculs se moulent assez exactement sur les segments qu'ils occupent, en épousant plus ou

moins exactement les contours anatomiques de l'organe, ce qui fait que des ombres coralliformes, ramifiées ou tentaculaires ne laissent pas de doute sur l'origine calculeuse de l'ombre, mais souvent la forme est arrondie ou irrégulière, et, dans ce cas, la difficulté d'interprétation reste entière.

On pensera à un calcul du bassinet, nous disent Bécclère et Fey, lorsque l'ombre se rapproche de la forme triangulaire avec un sommet interne et inférieur.

D'une façon générale, le calcul rénal est irrégulier de contours, anguleux, le plus souvent unique. Lorsque la radiographie montre plusieurs calculs, on peut remarquer, en général, qu'ils tendent à se grouper en moulant la cavité qui les contient, et l'on pourra quelquefois retrouver dans leur groupement la forme triangulaire du bassinet. La structure du calcul pourra donner des indications; le calcul rénal présente toujours dans son ensemble une opacité uniforme.

Les ombres qui dans la tuberculose rénale peuvent être prises pour des ombres de calculs peuvent avoir deux formes différentes résultant toutes les deux du même processus ulcéro-caséeux.

Les premières proviennent d'infiltrations calcaires ou phosphatiques des cavernes anciennes du rein résultant de l'assèchement de la masse tuberculeuse qui se transforme en crétifications au niveau des parois de la caverne. Les ombres radiographiques données par ces infiltrations sont multiples, traduisant la multiplicité des foyers. Elles ont l'aspect de marbrures plus ou moins confluentes, et donnant au rein son aspect « tigré ». La forme de ces ombres n'est pas géométrique; les bords en sont nets, irréguliers, parfois même dentelés.

Dans le deuxième cas, il s'agit de masses caséeuses desséchées et devenues très denses, contenant aussi, parfois, des crétifications phosphatiques. Elles forment un magma jaunâtre, ayant l'aspect et la consistance du mastic. Cette masse donne à la radiographie une ombre d'une intensité uniforme, généralement moins accusée que dans le cas précédent, mais ne s'en détachant pas moins nettement de l'ombre grisâtre du rein. Ses

bords sont toujours courbés, sans angles, estompés mais réguliers.

C'est ce dernier cas que nous avons le plus souvent rencontré dans les observations que nous rapportons.

L'observation VI est bien significative. C'est elle qui a motivé une très intéressante discussion à la Société de chirurgie de Lyon entre MM. Rochet, Barjon et Gayet. La radiographie, faite par un habile spécialiste, confirma les données de la clinique qui étaient en faveur de la lithiase. Et la surprise fut grande de trouver, à l'intervention, une tuberculose rénale.

Il en est de même dans l'observation VII. La radiographie, pratiquée par le Pr. Guilloz, par deux fois montra une opacité volumineuse qui fit porter le diagnostic de lithiase, en confirmant les données de la clinique. Nouvelle erreur. On trouva une poche remplie de magma caséux ressemblant à du mastic.

Nouvelle ombre rénale dans l'observation VIII; le vrai diagnostic fut cependant porté.

Dans l'observation IX, l'ombre marquée au niveau du rein fit encore porter le diagnostic de lithiase et commettre une erreur de diagnostic. On trouva une masse caséuse.

C'est une tache radiographique volumineuse qui fit commettre à M. Marion une erreur de diagnostic. (Obs. XII).

L'observation XIII montra une radiographie positive, mais l'inoculation au cobaye fit éviter l'erreur.

Tache opaque arrondie, formant le centre d'une opacité moins foncée et irrégulière, dit l'observation XIV.

Ombres au niveau du pôle inférieur du rein, dit l'observation XV. Tache radiographique extrêmement nette, dit l'observation XVI.

L'observation XVII est plus affirmative : « La radiographie montra un petit calcul dans le rein gauche ».

Cathelin, pensant à un calcul du rein (Obs. XVIII) trouve à la radiographie une tache de la grandeur d'une pièce d'un franc dans le voisinage du bassin droit. Il décide alors l'intervention qui, dans son esprit, devait être la néphrolithotomie. Il trouva un gros noyau caséux à contenu compact.

Avec les douleurs, la radiographie semblait si probante que le diagnostic de calculs rénaux avait été posé, dit l'observation XX.

Enfin, dans l'observation XXVI, la radiographie montra une tache ronde, bien nette, de la grosseur d'une petite cerise, mais située anormalement haut. M. Marion conclut à un calcul dans un rein situé anormalement haut. Il ne trouva point de calcul mais de nombreuses lésions tuberculeuses et une masse ganglionnaire du pédicule dont la nature tuberculeuse fut démontrée par l'examen histologique.

IV. EXAMENS DE LABORATOIRE

Coliques néphrétiques, symptômes vésicaux nuls ou très atténués, radiographies décelant des taches analogues à celles que produisent les calculs, tels sont bien des symptômes de lithiase rénale. Voyons maintenant quelles erreurs peuvent nous donner les examens de laboratoire.

Nous ne parlerons pas de l'erreur grossière qui consisterait à méconnaître une tuberculose rénale parce que l'examen bactériologique des urines n'a pas décelé le bacille de Koch. Nous savons, au contraire, que l'absence de microorganismes dans une urine purulente est un bon signe de tuberculose du rein.

Cependant il nous faut signaler la présence fréquente du colibacille et surtout du staphylocoque, germes qui peuvent faire penser à une lithiase infectée.

Les examens chimiques sont aussi très importants, et les auteurs accordent à juste titre une importance primordiale à la différence nette des concentrations de l'urée dans l'urine des deux reins au point de vue du diagnostic de la tuberculose rénale. Marion enseigne que pas une affection rénale ne détermine une telle déficience dans le fonctionnement d'un rein, et bien souvent il a pu affirmer la tuberculose alors que des inoculations multiples avaient été négatives, ou que des ombres rénales pouvaient faire penser à des calculs. (Obs. XVI et XX).

Legueu ne demande à l'exploration fonctionnelle qu'un ren-

seignement de localisation et de répartition des lésions, et dans ce cas il ne tient compte que de l'inégalité évidente de la concentration uréique de l'urine des deux reins.

Cependant il est des cas où cette différence dans les concentrations n'a pas toujours de très grands écarts. Pour Cathelin, la tuberculose du rein n'existe pas sans une grosse déficience de l'urée et des chlorures, mais il ajoute qu'on peut aussi bien l'observer dans les cas d'hydronéphrose calculeuse, bien qu'on la rencontre plus souvent avec toute sa pureté dans la tuberculose.

Pasteau va plus loin et déclare que si une grande différence de teneur en urée peut permettre de penser à la tuberculose du rein, il lui paraît moins sûr d'ajouter qu'une différence semblable ne peut pas se rencontrer dans une autre affection que la tuberculose. Chez des malades qui suppurent d'un rein depuis longtemps, on peut, à son avis, se trouver en présence d'une destruction assez avancée de l'organe, pour que l'élimination de l'urée soit devenue très faible par rapport à l'autre côté, et cela en dehors de la tuberculose. Il croit qu'il est plus prudent de répéter les examens bactériologiques des urines pour établir un diagnostic de tuberculose. En présence d'une suppuration urinaire persistante, il est prudent, dit-il, de penser à la tuberculose et il est nécessaire de la rechercher par principe, par l'examen complet des urines et par des inoculations.

Or, dans nos deux premières observations, on trouve justement une différence assez peu sensible dans l'élimination de l'urée puisque le rein droit débite 8 gr. 96 et le rein gauche 6 gr. 4 dans l'observation I, et puisque le rein droit donne 19 gr. 20 et le rein gauche 16 gr. 64 dans l'observation II.

Cependant, nous reconnaissons que cette erreur est la moins fréquente que l'on puisse commettre et nous nous rangeons à l'avis de M. Marion. Il nous a paru toutefois utile de mettre en évidence ces diverses opinions.

Nous en avons fini avec la description de la forme pseudolithiasique; quelle est maintenant sa signification ?

CHAPITRE II

Observations.

OBSERVATION I (personnelle).

M^{me} B..., 43 ans, entre à la maison de santé, le 18 octobre 1923, pour des *crises douloureuses du rein gauche à caractères nets de coliques néphrétiques*.

Le début de ces crises remonte à deux ans environ. Elles s'accompagnent de vomissements et d'envies fréquentes d'uriner. Elles durent plusieurs heures et se répètent tous les deux mois au début et deviennent de plus en plus fréquentes pour apparaître deux ou trois fois par semaine ces derniers temps.

Les urines sont troubles.

A la palpation, les reins ne sont ni douloureux, ni perceptibles.

La cystoscopie montre une vessie saine, sauf au niveau de l'orifice urétéral gauche, qui est noyé au milieu d'une grosse zone d'œdème. L'examen fonctionnel a donné les résultats suivants :

	R. D.	R. G.
Urée	8 gr. 96	6 gr. 40
Chlorures	3 gr. 74	1 gr. 75
	Pas de pus.	Présence de pus et de quelques bacilles de Koch.

Constante d'Ambard : 0,078.

Azotémie : 0,38.

Opération le 22 octobre. Néphrectomie gauche. L'examen de la pièce montre l'existence d'une tuberculose caverneuse.

Suites opératoires parfaites. La malade quitte la clinique, guérie, le 10 novembre 1923.

OBSERVATION II (personnelle).

M^{lle} D..., 30 ans, entre à la maison de santé, le 20 novembre 1923, pour des *crises douloureuses du rein gauche*.

Ces crises ont débuté il y a trois ans pendant que la malade faisait une saison à Chatel-Guyon. A ce moment, on constata la présence de pus dans ses urines et son médecin lui ordonna des antiseptiques internes et de l'eau de Vittel.

En août dernier, ces crises réapparaissent, durent une ou deux heures environ, puis cessent pour reprendre tous les quinze à vingt jours. Au moment des crises, elle constate de la pollakiurie avec douleurs à la miction. En dehors des crises, la malade n'éprouve aucun trouble urinaire.

Les urines sont troubles.

Les reins ne sont ni douloureux ni perceptibles.

La vessie montre une bonne capacité vésicale.

A la cystoscopie, on voit un orifice urétéral droit normal, un orifice urétéral gauche à bords œdémateux. Le reste de la vessie est sain.

L'examen fonctionnel donne les résultats suivants :

	R. D.	R. G.
	—	—
Urée	19 gr. 20	16 gr. 64
Chlorures	16 gr. 34	23 gr. 40
	Pas de pus.	Présence de pus.
		Pas de bacilles de Koch.

Opération le 29 novembre 1923. Néphrectomie gauche.

L'examen de la pièce montre de grosses cavernes siégeant au pôle supérieur complètement détruit et remplacé par des poches à contenu caséeux.

Suites opératoires normales. La malade quitte la clinique, guérie, le 20 décembre 1923.

OBSERVATION III (résumé e).

TUFFIER

M^{me} H..., 28 ans, ne présente aucune apparence de tuberculose. Elle nous a été amenée, en 1890, par le docteur Parmentier, pour des accidents de coliques néphrétiques.

Antécédents. — Une tuberculose pulmonaire chez une sœur.

Elle a eu à 22 ans un enfant qu'elle a nourri.

Au commencement de 1889 apparurent des envies fréquentes d'uriner, impérieuses, se répétant toutes les deux ou trois heures. Un traitement médical calma ces phénomènes.

En novembre 1889, de nouveaux accidents imputables au rein gauche éclatent sous la forme de *véritables crises de coliques néphrétiques*. Elles débutent dans la région lombaire, s'irradient dans le flanc et immobilisent la malade le corps en flexion. Après une ou deux heures de souffrances, brusquement la douleur cesse. Ces accidents surviennent tous les quinze à vingt jours, sans cause appréciable, en général vers 4 ou 5 heures du soir. Ils ne sont suivis ni de polyurie ni d'évacuation de pus.

En avril 1890, M. Parmentier constatait déjà une légère augmentation de volume du rein gauche, des urines muco-purulentes, sans gravelle. La malade avait un peu maigri, si bien qu'il portait le diagnostic de tuberculose réno-vésicale. En septembre de la même année, je constatais avec lui cette augmentation de volume du rein, mais les phénomènes de cystite avaient en grande partie disparu. En revanche, par le toucher vaginal, je sentais l'uretère gauche un peu volumineux et sensible à la pression. Je pensais à une tuberculose du rein et je prescrivais un traitement médical dont l'huile de foie de morue et l'hygiène alimentaire formaient la base.

En février eut lieu une légère hématurie, puis les crises douloureuses augmentèrent. L'état général fléchit et, en décembre, M^{me} H... venait réclamer une opération qui pût la débarrasser de ses douleurs.

Néphrectomie le 25 février 1892. Drain. Pas de suites opératoires.

Depuis l'opération, la malade est restée complètement guérie de ses douleurs.

L'examen du rein montra une tuberculose diffuse dans toute l'étendue de la glande et plusieurs petits foyers de ramollissement. Le bassinnet était intact.

OBSERVATION IV

TUFFIER.

Il s'agit d'un homme de 37 ans qui a présenté pour la première fois, il y a huit ans, six ans et deux ans, des *accès de coliques néphrétiques*, déclarés tels par plusieurs de nos collègues et maîtres. L'accès était franc, *douleurs lombaires gauches, irradiation le long des cordons et de la cuisse, paroxysmes arrachant les cris au malade*, fréquence des mictions, durée de douze à trente-deux heures, rien n'y manquait, sauf l'expulsion de graviers.

Or, je viens d'examiner le malade, atteint d'orchite tuberculeuse gauche très nette et indiscutable; son urine, examinée deux fois par MM. Jacquet et Hallé, contient des bacilles caractéristiques; ce liquide n'est d'ailleurs pas purulent, il est acide et ne contient pas de cristaux phosphatiques. Le rein n'est pas augmenté de volume, il n'est le siège d'aucune douleur; l'examen de l'uretère est négatif et ne présente aucun des signes fonctionnels de la tuberculose vésicale à son début. Il est cliniquement avéré, à mon avis, que cet homme a une tuberculose rénale à forme douloureuse et sans rétention.

Cette forme douloureuse a dû bien souvent donner le change.

OBSERVATION V (résumée).

TUFFIER.

Il s'agit d'une jeune fillerusse âgée de 28 ans.

Elle fait une chute en 1892 et se contusionne le genou gauche et la région lombaire du même côté.

Elle consulte successivement Billroth à Vienne, Walton Wood à Londres, qui la soignent pour sa contusion lombaire.

Les douleurs s'accroissent et reviennent par crises, sous forme de coliques néphrétiques. Erle attribue cet état douloureux à une névralgie. On constate alors un peu de sang et de pus dans les urines; les crises se reproduisent et Erle pense à un calcul du rein. On consulte alors MM. Lecorché à Paris, Sénator et Israël à Berlin, et en France, plusieurs chirurgiens. Les uns admettent, les autres repoussent l'idée du calcul. Une hydronéphrose intermittente est aussi diagnostiquée.

En août 1894, on constate une hématurie peu abondante, des mictions fréquentes et des douleurs en urinant.

MM. Potain, de Gennes, trouvent dans l'urine des bacilles de Koch. Un traitement médical est prescrit, puis des instillations de sublimé, sans amener de soulagement.

En août 1895, la malade consulte Oertel (de Munich) et Czerny à Heidelberg; ils hésitent sur le diagnostic et prescrivent le traitement médical de la tuberculose.

En décembre 1895, elle vient nous consulter. Bon état général. Son état douloureux seul la préoccupe. Des crises de coliques néphrétiques à localisation gauche surviennent tous les huit à dix jours et dans leur intervalle les douleurs sont telles que la marche et la station debout sont intolérables. La malade garde la chambre depuis plusieurs semaines et la morphine seule calme les douleurs qui sont très nettement influencées par la station verticale, si bien que depuis de longs mois l'usage de la voiture est l'occasion de vives douleurs.

Les urines sont abondantes (1.800 grammes), à dépôt purulent, mais ne sont ni pyélitiques ni sanguinolentes. Les mictions sont fréquentes, la vessie est légèrement sensible au toucher et au palper. La malade est maigre, elle a perdu l'appétit depuis plusieurs semaines et ne présente aucun état fébrile.

Mon diagnostic fut : tuberculose rénale à forme douloureuse. Je conseillai la créosote et l'huile de foie de morue à haute dose.

Le 5 février 1896, l'état n'était nullement amélioré. D'accord avec Czerny, je jugeai nécessaire une intervention chirurgicale. Elle fut pratiquée le 18 février. La glande rénale, isolée progressivement, montra deux abcès froids parenchymateux, puis, au niveau du tiers moyen, une nodosité que je pensai être un tubercule.

Je pratiquai la néphrectomie totale. La guérison opératoire fut obtenue sans incident. La malade quitta Paris le 15 mars, n'ayant plus ni douleurs ni hématurie.

Depuis son opération, la malade a eu quelques douleurs urétérales et des phénomènes vésicaux dus à ses lésions vésicales d'origine tuberculeuse.

Quelques mois plus tard, elle était en bon état et ses douleurs vésicales diminuaient.

N. B. — M. Tuffier signale cette observation comme « exemple remarquable de la forme douloureuse, puisqu'elle a tenu en échec des chirurgiens hors de pair ».

OBSERVATION VI

ROCHET.

J'ai l'honneur de présenter à la Société une radiographie du rein faite par un habile spécialiste, et qui montre une *tache présentant tous les caractères d'une tache indicatrice d'un calcul*.

Il s'agissait, comme sujet, d'une femme de 50 ans environ, chez laquelle on percevait un rein droit un peu gros, *douloureux spontanément et à la pression*, avec des urines un peu troubles et légèrement hématiques de temps en temps. On avait pensé chez elle, en raison de certains signes et d'un bon état général, à de la calculose rénale. La radiographie venait donc confirmer les prévisions de la clinique.

Or, l'opération démontra chez elle l'absence de toute concrétion rénale.

Dans le rein qu'on enleva se trouvaient de petits foyers caséux d'apparence tuberculeuse, et vers le pôle inférieur, à l'endroit occupé par la tache radiographique, se voyait une cavité du volume d'une petite noix très bien limitée par une sorte de coque et remplie d'une

substance caséeuse très épaisse, analogue à du mastic ou encore au contenu de certains kystes dermoïdes.

OBSERVATION VII (résumée).

CHÉVELLE, thèse de Nancy.

M. L..., dessinateur, se présente, le 2 avril 1908, pour une affection qui remonte à janvier 1907. A cette époque, il alla pour la première fois consulter le docteur Chardin, à Saint-Dizier, pour des symptômes de cystite, qui, traités, disparurent complètement en quinze jours.

En novembre, le malade fut pris de *douleurs très vives au niveau du rein gauche* et de brûlures dans le canal.

Lé 15 janvier, le malade retourne à la consultation du docteur Chardin. Il se plaint d'une soif exagérée et apporte un échantillon de ses urines où la liqueur de Fehling décèle une grande quantité de sucre. Le sucre disparaît après six jours de traitement.

Le 16 février, le docteur est appelé pour un accès de fièvre, température 39°5, accompagné de sueurs profuses, douleurs très vives au niveau du rein gauche et sur le trajet de l'uretère, suivis le lendemain par une émission d'urines très purulentes contenant des traces d'albumine, 46 grammes de sucre, et de densité très élevée (1030).

Le 1^{er} mars, nouvel accès de fièvre, toujours avec sueurs et coliques néphrétiques.

Le 20 mars, nouvel accès.

Le 30 mars, on pratique l'examen séparé des urines du matin et du soir. Toutes contiennent du sucre.

Le 1^{er} avril, l'urine est redevenue limpide. Le malade est envoyé à M. le professeur André.

Le 3 avril, les urines sont troubles. La cystoscopie fait voir une vessie congestionnée, irritée, sans ulcérations. Le cathétérisme de l'uretère gauche ne donna pas une seule goutte d'urine pendant une heure. Après avoir retiré la sonde, on en fit sortir deux ou trois gouttes de pus épais.

La radiographie, pratiquée par le professeur Guilloz, montra, à la

place correspondant au pôle supérieur du rein gauche, une opacité assez volumineuse. Une seconde radio raphie fit constater au même endroit une ombre semblable.

On crut donc à un calcul ayant fait suppurer le rein et l'on proposa la néphrotomie.

L'opération, pratiquée le 13 avril, montra un rein désorganisé, bosselé d'un bout à l'autre. Au pôle supérieur, deux grosses bosselures contenaient un liquide clair, puis deux ou trois autres un magma caséeux ressemblant à un mastic blanc jaunâtre. Le reste du rein était transformé en une série de bosselures qui, étaient autant de collections de pus. On décida immédiatement de faire la néphrectomie.

Les urines, d'abord troubles devinrent de plus en plus claires et le malade quitta la clinique le 6 mai en très bon état.

OBSERVATION VIII (résumée).

FENWICK.

Il s'agit d'une malade âgée de 36 ans. Elle se plaignait de souffrir de son rein gauche et cependant c'était son rein droit qui était malade, quoique indolore et non perçu à la palpation.

C'était un rein atteint de tuberculose fermée, contenant une matière caséuse non encore solidifiée par endroits et dont certaines parties étaient envahies par des phosphates de chaux.

A la radiographie, *elle avait donné une ombre* dont le volume considérable et la forme régulièrement arrondie avaient permis, avec l'aide des antécédents de la malade, de parvenir au véritable diagnostic.

OBSERVATION IX (résumée).

KOUZNETSKI, in *Rousski Wratch*, 1909.

Une femme de 32 ans entre à la Clinique de Fédoroff.

A l'examen clinique, le rein gauche et la vessie sont normaux. On ne peut voir l'orifice de l'uretère droit. La radiographie montre *une*

ombre marquée au niveau du rein droit. Le diagnostic de calcul rénal est posé. A l'intervention, on trouve un gros rein avec une masse caséuse.

OBSERVATION X

LOUMEAU.

Il s'agit d'une femme de 36 ans. Elle était atteinte de bacillose rénale primitive, dans laquelle l'élément douleur était prédominant et à peu près exclusif. Il consistait en crises paroxystiques, spontanées, d'une acuité très grande, immobilisant brusquement la malade dans l'attitude assise, couchée ou verticale où elles la surprenaient, allant parfois jusqu'à la syncope et ne paraissant dues ni à des coliques néphrétiques, ni à des phénomènes de rétention. Ces crises, qui étaient séparées par des périodes d'euphorie complète, ressemblant à une véritable guérison, remontaient à plusieurs années et augmentaient de durée comme d'intensité, ne cédant à aucune médication. Elles auraient poussé la malade au suicide sans la néphrectomie qui amena la guérison définitive.

Le rein enlevé, petit, dur, de coloration rouge vineux, sans péri-néphrite, présente une congestion intense avec une infiltration tuberculeuse diffusé, et, en un seul point, une petite caverne du volume d'un pois. Mais il offre surtout une sclérose généralisée ayant entraîné une dureté et une rétraction très grande de la glande, sur laquelle flotte, comme un vêtement trop ample sur un corps amaigri, la capsule lâche et décollée. Anatomiquement, cette tuberculose se traduit par une forme scléreuse et atrophique non encore décrite par les auteurs.

OBSERVATION XI

CATHELIN.

G... (Marguerite), 30 ans, ménagère, vient consulter le 27 mai 1909, à l'hôpital d'urologie, envoyée par le docteur Chausserie-Laprée (Melun).

Douleurs en urinant. Fréquence nocturne (8 à 10 fois). Jamais d'hématurie, le tout ayant débuté il y a dix-huit mois.

Première crise néphrétique (?) en septembre 1908.

Deuxième crise au commencement de 1909, d'une durée de deux mois avec intermittences. Urines troubles.

Examen chimique des urines (M. Gauvin) :

Urée.....	11 gr. 52 p. 1.000.
Chlorures.....	4 gr. 10 p. 1.000.
Sucre.....	Néant.
Albumine.....	8 grammes par litre.

Cathétérisme uretéral double avec l'instrument de Nitze :

	R. D.	R. G.
Urée.....	20 gr. 49 p. 1.000.	10 gr. 24 p. 1.000.
Chlorures.....	2 gr. 9 p. 1.000.	3 gr. 40 p. 1.000.

Examen histo-bactériologique (Dr Beauvy) :

R. D.	R. G.
Quelques globules rouges.	Nombreux globules rouges.
Nombreux leucocytes.	Quelques rares globules blancs.
Nombreuses cellules épithéliales à gros noyaux, rondes et en raquettes, isolées et en placard.	Cellules épithéliales. Cylindres granuleux rares.

Opération (4 juin 1909). — Néphrectomie lombaire gauche. Incision de Guyon. Décortication facile. Section de l'uretère à 12 centimètres. Déchirure partielle de la capsule. Uretère dilaté, mais non dur. Section entre deux pinces. Forcippresure fragmentée du hile. Trois Kocher. Aucun incident. Aucune goutte de sang. Deux drains : un périculaire, un uretéral.

Pièce. — La surface du rein est farcie de tubercules. Gros abcès non ouvert dans le pôle inférieur. Dilatation hydronéphrotique énorme du bassin.

Suites. — Guérison rapide, quelques retours offensifs des phénomènes vésicaux, puis guérison presque complète aujourd'hui.

N. B. — Cette observation, publiée dans *La tuberculose dans la pratique médico-chirurgicale* du 10 janvier 1910, est précédée de deux autres observations de tuberculose rénale à syndrome néphré-

tique, mais dans lesquelles l'examen des pièces opératoires a montré la présence de calculs coexistant avec des lésions tuberculeuses.

OBSERVATION XII (résumée).

MARION.

Il s'agit d'un malade âgé de 45 ans, souffrant depuis sept ans de douleurs vésicales, et présentant de la pollakiurie diurne et nocturne et des hématuries légères à la suite de fatigue.

Dans ses antécédents, on trouve une tumeur blanche du genou ayant nécessité une résection, un abcès de la marge de l'anus ayant résisté à plusieurs interventions. A l'âge de 20 ans, le malade avait présenté à plusieurs reprises *des coliques néphrétiques suivies d'expulsion de calculs*.

M. Vaillant fit une radiographie où l'on vit nettement une *tache volumineuse dans la région du rein gauche*. M. Marion, pensant à une erreur, fit faire plusieurs radiographies et la tache persista toujours.

Il conclua donc à un calcul.

A l'intervention, contre son attente, il ne trouva pas la moindre trace de calcul, mais un gros rein bosselé, distendu. Ce rein enlevé était formé de poches à parois minces, et dans l'une se trouvait un liquide clair, dans une autre du pus, dans une autre enfin une substance mastic. C'est cette dernière substance que M. Marion accuse de donner à la radiographie cette tache si nette qui se trouvait au pôle inférieur du rein. C'était la seule qui existât dans le rein et elle correspondait en place au siège de la tache.

M. Marion rapproche cette observation de celle publiée par Fenwick, et pense, comme cet auteur, que l'opacité vue à la radiographie est peut-être due à l'envahissement de la matière remplissant les poches par des phosphates.

OBSERVATION XIII (résumée).

PERRIER.

M. X..., 30 ans, a présenté une adénite cervicale tuberculeuse dans son enfance. En 1911, il se plaint d'une douleur dans le côté gauche

quand il se fatigue. Puis il remarque, à la fin de chaque miction, que les dernières gouttes d'urine sont sanglantes; les mictions deviennent un peu douloureuses et l'urine purulente.

En février 1912 se déclarèrent *de fortes douleurs dans le côté gauche, s'irradiant jusque dans les testicules, sous forme de crises calmées par des lavements chauds.*

En août 1912, les mêmes douleurs récidivèrent, accompagnées de phénomènes de cystite assez intenses. Un urologue consulté et qui fit une cystoscopie, rejeta, paraît-il, toute idée de tuberculose et déclara une inoculation inutile. Des instillations de nitrate d'argent firent diminuer les phénomènes cystitiques, mais laissèrent les urines troubles.

En décembre 1912, une récurrence des mêmes symptômes fut traitée de même.

Au début de 1913, le malade vint me voir et m'apporta de gros sables et de petits graviers recueillis dans son vase. Je soupçonnai une tuberculose du rein gauche avec calcification dans un foyer caséeux. Une radiographie montra une ombre sur le rein gauche et me parut confirmer ce diagnostic. Une inoculation fut positive.

La cystoscopie nous révéla une vessie saine dans toute son étendue, sauf autour de l'embouchure de l'uretère gauche où elle présentait des lésions circonscrites : œdème et quelques nodules tuberculeux. L'élimination du bleu, l'examen des urines recueillies après cathétérisme des uretères (phoridzine, cryoscopie, examen cytologique) prouvent que l'on est en présence d'un rein droit parfaitement sain et d'un rein gauche très nettement touché dans ses fonctions.

Néphrectomie le 2 mai 1913; extérieurement, le rein présentait un aspect normal.

L'examen de la pièce confirmait exactement notre diagnostic. Le bassinnet était recouvert de nodules tuberculeux. Au pôle inférieur existait une caverne grosse comme une cerise, anfractueuse, remplie par des matières dures, sablonneuses et du pus et entourée de tubercules frais.

Le malade partit guéri le dixième jour après l'opération.

Six mois après, il était complètement débarrassé de ses douleurs et présentait un état général florissant.

OBSERVATION XIV

PILLET.

(L'auteur publie cette observation parce qu'« elle ne présente aucun des signes habituels de la tuberculose rénale ayant pu conduire au diagnostic ».)

Il s'agit d'une malade âgée de 39 ans, souffrant de *douleurs lombaires gauches s'irradiant suivant le pli de l'aîne et revenant sous forme de crises à intervalles réguliers*, crises véritables avec vomissements et dont le déclin est annoncé par une émission de gaz. On note également de la pyurie.

Le rein gauche n'est pas perceptible, mais les points urétéraux sont sensibles. La vessie a conservé une capacité de 160 cc., malgré les lésions signées par une rougeur diffuse de tout le bas-fond et des bulles d'œdème autour du méat gauche.

Cathétérisme urétéral bilatéral :

	R. D.	R. G.
Quantité	95 cc.	60 cc.
Réaction.	Acide.	Acide.
Densité.	1013	1007
Urée	6,30	2,75
Chlorures	10,60	3,75
Pus.	0	Présence.

L'auteur pensait à une pyélite d'origine intestinale compliquée ou non de calcul. L'état florissant plaidait en faveur de cette hypothèse.

La radiographie ne décela pas de calcul, mais, à gauche, une série de petites taches à contours irréguliers, du volume d'un pois s'égrenant le long de la colonne vertébrale. On pensa à des ganglions lombaires à noyaux calcifiés.

La région du rein montra aussi une tache opaque, arrondie, formant le centre d'une opacité moins foncée et irrégulière.

Cette situation clinique obscure s'éclaira tout à coup par une inoculation positive.

Au cours de la néphrectomie, on sentait au doigt des grains durs,

enchâssés à la surface du parenchyme comme des grains de plomb et qui n'étaient autres que des tubercules crétifiés.

La pièce ouverte montra, en outre, une caverne du volume d'une noix, remplie de mastic caséeux. Plusieurs petits grains phosphatiques roulaient dans une caverne voisine, et, en faisant clapet sur l'orifice de cette caverne, ils en provoquaient la mise en tension, d'où les crises douloureuses.

OBSERVATION XV

DANZIGER, thèse de Paris, 1920.

M. S..., âgé de 43 ans, entre salle Civiale, le 1^{er} juin 1920, parce qu'il souffre des reins. Le début de ses douleurs remonte à vingt ans. Il a eu à ce moment une *crise ayant duré deux heures avec violente douleur lombaire droite sans irradiation, avec vomissements*, et à la suite il a eu une légère hématurie totale qui ne s'est jamais renouvelée depuis. Pendant quatre ans, les crises ont été fréquentes, survenant tous les mois environ et se manifestant par des *douleurs lombaires droites, des vomissements et une absence de miction*. Tous ces symptômes duraient six à sept heures en moyenne. De 1904 à 1919, il ne ressentit plus rien, mais depuis un an les crises ont réapparu avec les mêmes caractères. Elles ont la même fréquence mais sont de durée moindre. Le malade a remarqué qu'elles sont en rapport avec la fatigue, l'effort. La dernière remonte au mois de mai 1920.

A l'entrée, le malade a de la pyurie et une pollakiurie légère. Il urine toutes les deux heures jour et nuit.

Le palper des reins et des uretères est négatif. Les testicules présentent des noyaux épидидymaires à droite et à gauche datant de 1906. A cette date, le malade a subi une incision d'un point fluctuant de l'épididyme gauche, à la suite de laquelle il a eu une suppuration qui a duré six mois. La prostate est normale et ne présente pas de noyaux.

Le malade a considérablement maigri.

Une radiographie est pratiquée par M. Desmoulins, et elle dénote la présence d'ombres au niveau du pôle inférieur du rein droit.

Malgré l'histoire du malade, dont les crises douloureuses paraissent être en faveur de l'idée de calculs du rein, sur l'aspect seul de ces ombres, M. Marion pense à des crétifications de cavernes tuberculeuses.

Le 16 juin, le malade est opéré par M. Marion aidé de M. Pollet. On trouve un rein un peu gros non déformé. Le bassin est dilaté et l'uretère épaissi. On sent une masse calculeuse au pôle inférieur du rein.

Après néphrectomie, le rein présente à la coupe, au niveau du pôle inférieur, une cavité de la dimension d'une pièce de 20 centimes, contenant une masse boueuse à sables calcaires. Plus haut, près de la région moyenne, on trouve deux autres foyers semblables quoique plus petits.

OBSERVATION XVI

DANZIGER, thèse de Paris, 1920.

Au mois de juillet 1919, le jeune G... est amené au docteur Marion pour calcul rénal gauche que la radiographie a décelé. C'est parce que le malade souffrait qu'on a été amené à le radiographier. D'autre part, il avait des urines purulentes. Ce jeune homme, âgé de 20 ans, était en traitement au Val-de-Grâce, en instance de réforme à cause de sa lésion.

La radiographie montrait une tache extrêmement nette dans le rein gauche, mais cette tache présentait la particularité d'être en fer à cheval, forme assez particulière pour un calcul. A ce moment, M. Marion eut la pensée qu'il pouvait s'agir d'autre chose que d'un calcul et que la tache était peut-être due à une formation d'origine tuberculeuse. Le cathétérisme urétéral démontra que le rein droit fonctionnait normalement et ne contenait pas de traces de pus, que le rein gauche avait un fonctionnement diminué avec une pyurie assez abondante. L'examen ne fut pas poussé plus loin au point de vue bactériologique et, étant donné que d'une façon ou d'une autre une intervention s'imposait, on ne confirma pas l'hypothèse de tuberculose par des inoculations.

L'opération eut lieu rue de la Chaise et, comme M. Marion l'avait

prévu sans pouvoir l'affirmer, au lieu de tomber sur un calcul rénal, il trouva un rein tuberculeux déjà très altéré, présentant des cavités multiples. Dans l'une de ces cavités existait une matière épaisse, mastic jaunâtre, avec sur les parois de véritables concrétions calcaires incrustant cette paroi.

Le malade guérit très simplement de son intervention.

OBSERVATION XVII

MARSAN.

Le nommé R..., 46 ans, vient me consulter, en avril 1922, pour des crises douloureuses intenses dans la fosse lombaire gauche avec pyurie et pollakiurie au moment des crises.

Il avoue une syphilis contractée à l'âge de 20 ans, et raconte que le début de sa maladie actuelle a commencé en 1916. Il fut pris brusquement la nuit, dans la région lombaire gauche, d'une douleur vive irradiant le long de l'uretère et descendant jusqu'au testicule du même côté. Pendant la crise qui dura deux heures, les mictions furent fréquentes et douloureuses, mais tout se calma par une injection de morphine, et le lendemain il était guéri. Une analyse d'urines faite à cette époque aurait montré du pus en abondance.

Une nouvelle crise, avec les mêmes caractères que la précédente, se produisit trois semaines après. On pensa à un calcul, et il allait, paraît-il, être opéré d'un calcul vésical décelé par la radiographie, quand un examen cystoscopique montra une vessie saine ne renfermant aucun calcul.

Pendant quatre ans, il se porta très bien. En mars 1920, il constate pour la première fois un peu de sang dans les urines. Il entre à Necker, mais comme tous les examens étaient négatifs et qu'il avait seulement un léger trouble dans les urines, il quitte l'hôpital six jours après.

Pendant deux ans, il fut de nouveau bien portant, mais en mars 1920, il est pris de crises douloureuses très vives, localisées toujours dans la fosse lombaire gauche, avec pollakiurie marquée et douleurs à la fin de la miction. Les crises se répètent assez fréquentes pendant

un mois; l'hématurie apparaît et c'est alors qu'il vient me consulter.

L'état général n'est pas mauvais et le malade a pu continuer son travail de bureau. Pas d'amaigrissement. Les urines sont uniformément troubles, mais ne contiennent pas de sang. Il urine toutes les deux heures et quelquefois toutes les heures avec une gêne à la fin de la miction. L'urètre est libre, la prostate saine, la vessie n'est pas douloureuse au contact. Elle a une capacité de 200 grammes. La palpation des fosses lombaires ne donne aucun renseignement à droite. Du côté gauche, on trouve un peu de défense de la paroi, on sent le pôle inférieur du rein et la pression paraombilicale est douloureuse. L'azotémie est de 0 gr. 56 et la constante de 0,161.

La radiographie montre un petit calcul dans le rein gauche. L'examen cystoscopique ne permet de constater aucune lésion de la vessie; pas de rougeur de la muqueuse, les orifices uretéraux sont normaux. L'exploration fonctionnelle des deux reins, cathétérisés avec une sonde n° 12, donne les résultats suivants :

Examen chimique:	R. D.	R. G.
Eau en deux heures	66	32
Chlorures au litre	6,4/6,6	2,2/5,3
Chlorures en deux heures	0,42	0,12
Urée au litre	21,8/22,06	0,88/5,79
Urée en deux heures	1,45	0,12

Les urines du rein droit renferment de rares cellules, d'assez nombreux polynucléaires mais pas de microbes; celles du rein gauche contiennent de très rares cellules, de très nombreux polynucléaires, mais pas de microbes.

En présence de cette grande différence de chiffres, malgré l'existence du calcul et l'intégrité de la vessie, nous pensons à une bacillose rénale et nous faisons une inoculation au cobaye qui est positive.

La néphrectomie gauche est faite le 8 juin dernier. Le rein est bosselé, irrégulier, renferme des poches à contenu séro-purulent et des cavernes tuberculeuses. On trouve des concrétions calcaires dans le calice inférieur. Le parenchyme est presque complètement détruit. L'urètre est volumineux, de la grosseur du petit doigt. Le malade a guéri sans incident.

OBSERVATION XVIII

CATHELIN.

L... (Joséphine), 45 ans, mariée, exerçant la profession de concierge, est envoyée, le 7 février 1923, par le docteur Bourbier de la Roche, à l'Hôpital d'urologie, pour des *crises de colique rénale droite*.

Ces crises surviennent d'une façon intermittente, aussi bien le jour que la nuit. Elle en a eu qui ont duré quatre à cinq heures, prenant toujours naissance dans l'hypocondre droit, puis s'irradiant vers l'aîne droite et le ventre.

De plus, envie constante d'uriner au moment des douleurs, puis vomissements de glaires et d'aliments.

Elle n'a pas eu de crises depuis le 25 janvier dernier, mais se plaint d'insomnie totale.

Soulagée sous l'influence d'un traitement médical local révulsif, les crises revenaient aussitôt après. Pas d'hématurie et pas de tumeur rénale.

Pensant à un calcul du rein, nous la faisons radiographier, et notre chef de laboratoire M. le D^r Lobligeois trouve une tache de la grandeur d'une pièce de 1 franc dans le voisinage du bassinet droit.

M. Grandjean, assistant de la salle des femmes, lui fait une cystoscopie et trouve un orifice droit un peu rouge et œdématié.

Il fait le cathétérisme urétéral de ce côté et nous obtenons les résultats suivants (M. Rafflin) :

U. totales.

Urée	9 gr. 107 p. 1.000.
Chlorures	8 gr. 19 " "

1^{er} échantillon.

	R. D.	R. G.
Quantité.....	5 cc. 3	20 cc. 3
Urée.....	3 gr. 903	15 gr. 612
Chlorures	8 gr. 78	

2^e échantillon.

	R. D.	R. G.
	—	—
Quantité.....	5 cc. 3	22 cc. 3
Urée.....	2 gr. 602	11 gr. 709
Chlorures	2 gr. 63	6 gr. 73

Nous décidons alors l'intervention qui, dans notre pensée, devait être la néphrolithotomie.

Opération le 9 mars, avec l'aide des docteurs Yvon et Grandjean, chloroformisateur.

Incision classique. Rein de volume moyen difficile à décortiquer. On ne sent pas de pierre dans le bassin. Pôle supérieur très adhérent, avec dilatation hydronéphrotique se prolongeant vers la ligne médiane et qu'on crève. Il s'en écoule un liquide trouble.

Gros noyaux caséux de la grosseur d'une noisette, à contenu compact et qui évidemment a donné l'ombre radiographique. Pédiculation assez facile. Deux drains : un pédiculaire, un urétéral.

Poids du rein : 150 grammes, complètement détruit à l'intérieur et tout auréolé de cavernes. Suture de la paroi par la technique habituelle.

Suites opératoires très simples, aucun incident, guérison intégrale.

OBSERVATION XIX

M.-A. GINISTY.

M. S.-P. Tourneux rapporte une observation de M. A. Ginisty concernant un homme de 56 ans qui présentait, depuis près de deux ans, des *douleurs violentes à forme paroxystique*, dont l'origine siégeait dans la région lombaire droite, ne s'accompagnant ni de pyurie ni d'hématurie et traitées longtemps comme coliques néphrétiques d'origine calculeuse.

L'examen physique et fonctionnel du malade ne donna pas de grands renseignements; la cystoscopie montra une vessie saine et la pyélographie l'existence d'une hydronéphrose naine.

L'intervention chirurgicale montra que le rein droit présentait, en

plus d'une dilatation du bassin, des lésions tuberculeuses dans la zone corticale. Les suites opératoires furent parfaites.

OBSERVATION XX

LANZILLOTTA.

E... (V.), 44 ans, sommelier, salle Civiale, n° 33.

Le malade entre, le 29 septembre 1921, pour *douleurs dans le flanc gauche*, ayant débuté en 1916, *douleurs à type néphrétique* des plus nettes, durant quelques heures, se rapprochant comme fréquence et toujours dans la journée.

Jamais d'hématurie. Jamais de phénomènes rénaux. La radiographie montre l'ombre d'un rein augmenté de volume, surtout vers la partie supérieure. Cette ombre n'est pas homogène dans son intensité et présente, en outre, des taches multiples, irrégulières, floues, quelques-unes se présentant comme des gros points autour d'une tache un peu plus grande et donnant l'aspect de « rein tigré ».

Les douleurs accusées par le malade, la radiographie, semblaient si probantes que le diagnostic de calculs rénaux multiples avait été porté.

M. Marion, à la vue de la radiographie, pense qu'il ne s'agit pas de lithiase, mais de tuberculose rénale, et cela malgré que, cliniquement, le malade présente les symptômes nets de lithiase. Le cathétérisme urétéral, qui par ailleurs montre une vessie normale, de bonne capacité, à orifices urétéraux visibles, dont le gauche est impossible à cathétériser parce que toute sonde bute à 1 cent. 1/2, donne les résultats suivants :

R. D.	R. G. (sonde vésicale).
Nombreuses hématies.	Nombreuses hématies.
Rares leucocytes.	Mucus.
	Pus en petite quantité.
	Quelques cellules épithéliales.
	Sang abondant.
	Des leucocytes (6 à 8 par champ).
	Quelques bactéries.

	D.	G.
Quantité totale en grammes.....	77	74
Urée au litre en grammes.....	21,28	5,38
Urée, quantité réelle éliminée en grammes.....	1,63	0,39
Chlorures au litre en grammes.....	11,70	4,09
Chlorures, quantité réelle éliminée en grammes.....	0,90	0,30

La chute considérable des concentrations, le débit uréique du rein gauche de 0 gr. 39, vis-à-vis du rein droit qui débite 1 gr. 63 d'urée, confirment le diagnostic de tuberculose rénale gauche, malgré que l'on ne trouve pas de bacilles de Koch dans les urines.

L'opération, pratiquée le 12 octobre, révèle un rein très gros, à développement thoracique, entouré de périnrite. Ce rein est transformé en une volumineuse pyonéphrose tuberculeuse dont certaines parties du bassinnet sont incrustées.

OBSERVATION XXI

LANZILLOTTA.

G... (Y.), 35 ans, fleuriste, salle Lailler, n° 14.

La malade entre à l'hôpital, le 22 mars 1922, pour des *crises douloureuses du rein gauche avec irradiations le long de l'uretère*. Ces crises ont débuté, il y a un an, d'une façon brusque, avec élévation de température. La première crise a duré une dizaine de jours.

En juillet, reprise des douleurs qui, depuis quelque temps, sont devenues continuelles.

A la palpation, le rein gauche est gros, paraissant entouré de périnéphrite. Urines troubles. Au moment des crises, la malade souffre en urinant. Pollakiurie nulle pour le moment.

La cystoscopie montre une ulcération en arrière de l'orifice urétéral droit, qui paraît sain. L'orifice urétéral gauche est caché par une zone d'œdème bulleux très marqué.

Examen fonctionnel :

R. D.	R. G.
Quelques hématies.	(Sonde vésicale).
Des cellules épithéliales.	Pus.
Innombrables cristaux de chaux.	Innombrables bactéries.
	R. D. R. G.
	— —
Quantité totale en grammes	41 10
Urée au litre en grammes	28,20 11,02
Urée, quantité réelle éliminée en grammes.	1,15 11
Chlorures au litre en grammes.	12,87 7,03
Chlorures, quantité réelle éliminée en grammes.	0,52 0,07
Épreuve de la phtaléine p. 100	38 2

Opérée le 4^{er} avril. Néphrectomie gauche. Tuberculose caverneuse (caverne tuberculeuse, grosse comme une noisette au pôle inférieur). Suites opératoires normales. La malade sort guérie le 30 avril,

OBSERVATION XXII

LANZILLOTTA.

M... (R.), 24 ans, employée, salle Lailler, n° 11.

La malade entre à l'hôpital, le 23 mars 1922, pour des *crises douloureuses du rein gauche*, ayant débuté il y a trois ans. Chacune des premières crises a été suivie d'hématurie. En même temps, un peu de pollakiurie. Pendant quelque temps, amélioration, puis réapparition des crises, qui deviennent presque quotidiennes.

Les crises durent trois ou quatre heures, localisées dans le flanc gauche, s'irradiant à la partie gauche de l'abdomen.

Actuellement, les urines semblent limpides, rein non senri. Radiographie négative.

L'examen cystoscopique montre une vessie de grande capacité (500 cc.), légèrement congestionnée. Les orifices urétéraux sont normaux :

Examen fonctionnel (une heure) :

R. D.	R. G.
Sang abondant.	Quelques hématies. Quelques leucocytes (2 ou 3 par ch.). Quelques cellules épithéliales. Quelques cylindres granuleux. Urate de soude abondant.

	R. D.	R. G.
Quantité totale en grammes	75,5	14
Urée au litre en grammes	11,28	17,77
Urée, quantité réelle éliminée en grammes.	0,80	0,24
Chlorures au litre en grammes.	12,87	9,94
Chlorures, quantité réelle éliminée en grammes.	0,92	0,13
Épreuve de la phtaléine p. 100.	43	8

Opérée le 8 avril. Néphrectomie gauche. Tuberculose caverneuse.
Suites opératoires parfaites. La malade sort guérie le 30 avril.

OBSERVATION XXIII

LANZILLOTTA.

E... (B.), 19 ans, vendeuse, salle Lailler, n° 17 bis.

La malade entre, le 6 juin 1922, pour des *crises douloureuses du rein gauche*, ayant débuté au mois de janvier. La première crise a été très intense, avec vomissements. Depuis cette époque, les crises sont revenues à intervalles irréguliers, plus ou moins intenses, affectant cliniquement les caractères de la colique néphrétique. Aucun phénomène vésical, pas d'hématurie; urines troubles.

R. D.	R. G.
Nombreuses cellules épithéliales.	Quelques cellules épithéliales.
Des hématies.	Sang abondant.
Flore bactérienne abondante et variée.	Des leucocytes (6 à 8 par ch.). Quelques bactéries.

	R. D.	R. G.
Quantité totale en grammes	75	32,5
Urée au litre en grammes	17,46	12,91
Urée, quantité réelle éliminée en grammes.	1,30	0,41
Chlorures au litre en grammes	13,45	9,36
Chlorures, quantité réelle éliminée en grammes	1	30
Épreuve de la phthaléine p. 100.	34	21

A la palpation, rein gauche perceptible.

La radiographie est négative et la cystoscopie montre une vessie presque saine, d'une capacité de 300 grammes. Seul l'orifice urétéral gauche est entouré d'un bourrelet d'œdème.

Opérée le 3 juillet. Néphrectomie gauche. Tuberculose caverneuse (caverne en apparence fermée et foyer d'infiltration du pôle supérieur).

Suites opératoires normales. La malade sort guérie le 30 juillet.

OBSERVATION XXIV

LANZILLOTTA

B. G..., 20 ans, domestique. Salle Lailler, n° 17.

Entre à l'hôpital le 13 novembre 1922 pour douleurs rénales gauches. Il y a deux ans, *crises douloureuses de quelques heures*. Depuis huit mois, la malade souffre de façon continue, avec, par instant, des crises d'une durée variable (quatre à cinq heures) et *quelques crises accompagnées de vomissements*. Pas d'hématurie, pas d'émission de gravier, mais urines troubles. Pollakiurie diurne légère. Pas de douleur à la miction.

Rein gauche perceptible, sensible. Points urétéraux douloureux.

Radiographie négative.

L'examen cystoscopique montre une vessie saine dans son ensemble et de grande capacité. L'orifice droit est normal, le gauche entouré d'œdème bulleux. Les sondes montent facilement à 25 centimètres. La capacité du bassinét gauche est de 28 cc.

Examen fonctionnel

R. D.	R. G.
Des hématies.	Nombreuses cellules épithéliales.
Nombreuses cellules épithéliales.	Pus abondant.
Rares leucocytes.	Très rares bacilles de Koch.

	R. D.	R. G.
Quantité totale en grammes.....	68	43
Urée au litre en grammes.....	13,92	7,08
Urée, quantité réelle éliminée en grammes.....	0,94	0,30
Chlorures au litre en grammes.....	16,38	8,77
Chlorures, quantité réelle éliminée en grammes.....	1,11	0,37
Épreuve de la phtaléine p. 100.....	43	10

Opérée le 22 novembre. Néphrectomie gauche. Un peu de périné-
phrite au niveau du pôle supérieur. A la coupe, le rein montre d'énor-
mes cavernes occupant les deux tiers supérieurs de sa substance.

Suites opératoires normales. La malade sort guérie le 16 décembre.

OBSERVATION XXV

LANZILLOTTA.

B. M..., 17 ans, sans profession, salle Lailler, n° 14.

La malade entre à l'hôpital, le 5 décembre 1922, pour douleurs
rénales droites, ayant débuté en 1914. *Ces douleurs surviennent par*
crises (tous les un ou deux mois). Dernière crise il y a un mois, plus
violente que les autres, d'une durée de trois jours.

A ce moment, les urines sont troubles en même temps que s'ins-
talle de la pollakiurie. Pas d'hématurie. Au palper, le rein droit est
perceptible. un peu sensible.

Amaigrissement.

L'examen cystoscopique montre une vessie très malade, de capacité
très réduite (60 cc.). Toute la partie droite de la vessie (face latérale
et bas-fond) est recouverte d'ulcérations irrégulières, anfractueuses,
avec, par place, des bulles d'œdème très saillantes.

L'orifice urétéral droit est en fente, béant au milieu d'une zone
malade. Toute sonde butte à 1 centimètre.

L'orifice gauche paraît sain.

Examen fonctionnel (durée : une heure) :

R. D. (sonde vésicale).		R. G.	
Pus.		Quelques hématies.	
Bacilles de Koch.		Quelques leucocytes.	
Quelques hématies.		Très nombreuses cellules épithéliales.	
Des cellules épithéliales.		Pus.	
Innombrables cristaux de chaux.		Innombrables bactéries.	
		R. D.	R. G.
Quantité totale en grammes.....	99	18	
Urée au litre en grammes.....	6,83	30,37	
Urée, quantité réelle éliminée en grammes.....	0,67	54	
Chlorures au litre en grammes.....	4,68	3,50	
Chlorures, quantité réelle éliminée en grammes.	46	0,06	
Épreuve de la phthaléine p. 100.....	9	25	

Opérée le 13 décembre. Néphrectomie droite. La coupe montre une quantité de petites granulations dans le parenchyme du pôle supérieur.

Suites opératoires parfaites. La malade sort guérie le 31 décembre.

OBSERVATION XXVI

LANZILLOTTA.

Th. J..., 30 ans, maçon, est admis, le 30 décembre 1922, à la salle Civiale, lit n° 7, pour *douleurs du rein gauche, survenant par crises depuis deux mois*, et simulant absolument la colique néphrétique.

Urines à peu près limpides, pas d'hématurie, pas de troubles vésicaux.

Rein non palpable. Pas d'antécédents.

La cystoscopie montre une vessie saine et deux orifices normaux. Les sondes urétérales pénètrent facilement jusqu'à 25 centimètres. Il n'y a pas de rétention des bassinets; à droite, on provoque la douleur avec 5 cc. de solution d'oxycyanure; à gauche, avec 6 cc.

Le cathétérisme urétéral a donné les résultats suivants :

R. D.	R. G.
Des hématies.	Quelques hématies.
Quelques leucocytes (3 à 4 par ch.).	Quelques leucocytes (2 à 3 par ch.).
Nombreuses cellules épithéliales.	Quelques cellules épithéliales.
Des cylindres épithéliaux.	Quelques cylindres granuleux.
Urate de soude abondant.	Urate de soude abondant.
R. D.	R. G.
Quantité totale en grammes.	52 81
Urée au litre en grammes.	20,35 11,64
Urée, quantité réelle éliminée en grammes.	1,05 0,94
Chlorures au litre en grammes.	12,38 5,85
Chlorures, quantité réelle éliminée en grammes.	0,64 0,47
Épreuve de la phtaléine p. 100.	29 19

L'examen histo-bactériologique, identique pour les deux reins, ne décèle pas la moindre trace de pus. L'examen fonctionnel montre une diminution notable de la concentration de l'urée et des chlorures. La quantité de phtaléine est également moindre à gauche.

Cette diminution n'est pas, cependant, telle qu'on puisse penser à la bacillose, dans laquelle, comme on sait, les éliminations baissent nettement dans un délai assez court.

On fait alors radiographier le malade. La radiographie montre une tache ronde, bien nette, d'une teinte uniforme, de la grandeur d'une petite cerise, située entre la 10^e et la 11^e côte, dans la direction du bord supérieur de la 12^e vertèbre dorsale, à 7 centimètres en dehors d'elle. Elle est donc située beaucoup plus haut et en dehors de l'angle supéro-externe du quadrilatère de Bazy-Moyrand.

Cette tache nous paraissant plus haute qu'elle ne devait l'être, nous pratiquâmes une radiographie après mise en place d'une sonde urétérale opaque.

La radiographie montra que la sonde montait très haut.

Faute de renseignements précis fournis par le cathétérisme urétéral, M. Marion conclut à un canal rénal dans un rein situé anormalement haut.

Le 20 janvier, M. Marion opère le malade : néphrectomie gauche. Le rein n'était pas en situation normale, comme on le croyait.

A l'incision, au niveau du pôle inférieur, il aperçut une petite ulcération ne communiquant pas avec le bassin et qui laissa sourdre une petite quantité de liquide séro-purulent. Sur le même pôle inférieur, tout à fait à l'extrémité, on voyait une infinité de petites granulations isolées, translucides, ne faisant pas saillie sur la surface de section.

On fit alors le diagnostic de tuberculose et on pratiqua la néphrectomie. Le rein extirpé, M. Marion aperçut une masse ganglionnaire du pédicule, qu'on enleva également. Cette masse avait la taille d'un œuf de poule. Suture partielle de la plaie lombaire.

Le rein était normal de volume comme de couleur et ne présentait aucune lésion parenchymateuse. Bassinet normal, à muqueuse absolument indemne, la capsule se détachant facilement.

A la section, pas de calcul. Vers la partie moyenne de la face antéro-externe, près du pôle inférieur, on a rencontré une poche de la grosseur d'une noisette, à parois blanchâtres, scléreuses, bien fermée et isolée dans le parenchyme rénal. Cette poche, vraie caverne tuberculeuse, contenait un très petit amas de substance calcaire qui,

de forme allongée et de très petit volume, ne correspondait certainement pas à la tache montrée par la radiographie.

La caverne tuberculeuse avait passé inaperçue à la néphrotomie.

L'examen histologique du ganglion pratiqué par M^{lle} Kogan confirme la nature tuberculeuse.

Suites opératoires : Tuberculisation secondaire de la plaie, température atteignant 40 degrés le soir, œdème de la face et des jambes. La quantité d'urée et de chlorures dans le sang atteint respectivement 0 gr. 37 et 6 gr. 30 p. 1.000. Le régime déchloruré fait disparaître l'œdème, mais le malade, le 16 février, présente un double hydrothorax. On retire 1.300 cc. de liquide. L'hydrothorax se renouvelle, la température ne tombe pas et le malade meurt le 14 mars.

CHAPITRE III

Pathogénie. Evolution.

Les douleurs à type de coliques néphrétiques occasionnées par la tuberculose rénale paraissent faciles à expliquer.

Cathelin, étudiant cette forme de tuberculose rénale à symptomatologie calculeuse, pense que, dans des cas semblables, la douleur est due :

1° A de petites pierres dans les cavernes.

2° A une dilatation hydronéphrotique du bassinet.

3° A une poche localisée d'hydronéphrose.

Il semble bien que ces douleurs puissent être, plus souvent, provoquées par la migration dans l'uretère de débris caséeux, de caillots sanguins, de grumeaux purulents et de graviers.

Il est probable qu'elles sont, parfois, l'expression de phénomènes réflexes. (Obs. VIII.)

Il nous paraît enfin intéressant de donner l'avis de M. Loumeau. Cet auteur, dans le cas particulier qu'il a publié, et qu'il a communiqué au Congrès international de médecine de Budapest (1909), pense que les accès douloureux si bruyants que la tuberculose rénale a provoqués chez sa malade ne sont explicables que par des poussées congestives développées autour de nodules tuberculeux et par de la sclérose défensive par laquelle l'organe luttait contre le bacille de Koch. Ces poussées congestives, de plus en plus intenses, tuméfiaient et étranglaient le rein dans sa capsule inextensible, pour donner lieu, suivant l'heureuse expression d'Harrison, à un véritable « glau

come rénal ». Dans cette forme, le symptôme douleur atteint un degré suffisant pour réaliser, à lui seul, une pressante indication opératoire.

Au sujet de l'évolution de cette forme de tuberculose rénale, nous pensons qu'elle est, peut-être, la signature d'un processus de guérison. La vraie forme de guérison de la tuberculose rénale est l'exclusion, et Rafin décrit très justement l'exclusion calcaire, l'exclusion caséuse, l'exclusion fibreuse, les trois modes que nous avons rencontrés dans nos observations.

M. Loumeau pense aussi que sa malade, sans les paroxysmes douloureux qui ont forcé la main du chirurgien, aurait obtenu la guérison spontanée de sa bacillose rénale par le même processus que celui employé par la nature pour guérir la phthisie fibroïde des poumons.

M. Marion, décrivant les formes anatomiques de la tuberculose rénale et parlant du rein « mastic », pense que cette forme est le résultat d'un processus de guérison, si l'on peut appeler ainsi une évolution qui aboutit à la disparition totale de l'organe. « En tout cas, dit-il, la tuberculose cesse d'évoluer. »

Cependant, ce n'est pas une raison suffisante pour laisser évoluer cette forme de tuberculose rénale. Si l'exclusion est complète, il y a moins de danger à attendre pour intervenir, mais si elle est incomplète, il y a danger à laisser essaimer les bacilles dans l'organisme et il faut pratiquer la néphrectomie.

CONCLUSIONS

1° Parmi les nombreuses modalités que peut présenter la tuberculose rénale, l'une d'elles mérite d'être bien différenciée : c'est la forme « pseudo-lithiasique », essentiellement caractérisée par des douleurs rénales à type de coliques néphrétiques, souvent associées à des hématuries ;

2° Parfois, la radiographie, montrant des taches opaques au niveau du rein, rendra l'erreur de diagnostic entre la tuberculose et la lithiasie encore plus facile ;

3° Cette forme est loin d'être rare (Lanzillotta en a trouvé 7 cas en un an), mais a dû être souvent méconnue ;

4° Une étude très fouillée de l'image radiographique, la recherche patiente du bacille de Koch dans les urines longtemps centrifugées, les résultats du cathétérisme urétéral, l'inoculation au cobaye, permettront le plus souvent d'éviter l'erreur de diagnostic et de dépister la tuberculose ;

5° Il nous a paru utile de mettre en garde contre cette forme trompeuse de la tuberculose rénale, car le diagnostic de lithiasie, lorsque les concrétions paraissent minimes, entraîne le praticien à instituer un traitement médical, traitement nuisible au tuberculeux rénal justiciable d'une néphrectomie précocement exécutée.

VU, BON A IMPRIMER :

Vu : *Le Doyen,*

Le Président,

G. SIGALAS.

L. PRINCETEAU.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 5 décembre 1924.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBARRAN. — Tuberculose rénale. Diagnostic et indications thérapeutiques. *Presse médicale*, octobre 1905, p. 637.
- ARCELIN. — Les erreurs d'interprétation des radiographies des voies urinaires. *Lyon chirurgical*, décembre 1908, p. 184.
- BARJON, GAYET et ROCHET. — Discussion sur le diagnostic radiographique des calculs du rein. Soc. de chirurgie de Lyon, in *Lyon chirurgical*, 1909, p. 549.
- BAZY. — Diagnostic de la tuberculose du rein. Du danger de baser sur l'examen bactériologique seul les indications opératoires. *Bull. et mém. de la Soc. de chirurgie*, Paris, 1903, p. 735.
- BECLÈRE et FEY. — Du diagnostic radiographique des calculs du rein. *Archives urol. Necker*, t. IV, fasc. I.
- BOURGET. — La radiographie dans le diagnostic des calculs du rein. Thèse de Paris, 1902-1903, n° 392.
- BRAUN et CRUET. — Diagnostic précoce de la tuberculose rénale. *Ann. des mal. des org. génito-urin.*, 1909, p. 1469.
- CAILLAUD. — Contribution à l'étude des pseudo-coliques néphrétiques. Thèse de Paris, 1894-1895, n° 416, p. 97.
- CAMENTRON. — Des erreurs d'interprétation des images radiographiques du rein (pseudo-calculs). Thèse de Lyon, 1920-1921, n° 44, p. 25.
- CASTAIGNE et LAVENANT. — Efficacité du traitement médical institué contre la tuberculose rénale. *Journ. méd. français*, 1914, p. 287.

- CATHELIN. — Les formes douloureuses de la tuberculose rénale. In *La tuberculose dans la pratique médico-chirurgicale*, 10 janvier 1910, p. 10.
- Conférences cliniques et thérapeutique de pratiques urinaires. J. Baillière et fils, 1912, p. 317.
- Les différentes formes anatomo-pathologiques du rein tuberculeux chirurgical. *Progrès médical*, 25 janvier 1913.
- Un nouveau cas d'erreur d'interprétation d'une image radiographique rénale. *Paris chirurgical*, 1912, n° 2, p. 106.
- Tuberculose rénale à syndrome néphrétique avec radio positive sans calcul. *Le Phare médical*, juin 1923, p. 11.
- A propos de la tuberculose rénale pseudo-lithiasique. *Journ. d'urologie*, novembre 1923, p. 448.
- CHEVASSU. — Formes cliniques de la tuberculose rénale Le rôle du chirurgien dans leur diagnostic et dans leur traitement *Journ. méd. franç.*, 15 mai 1911, p. 296.
- CHEVELLE. — Les difficultés du diagnostic des calculs rénaux et urétraux. Valeur sémiologique des investigations cliniques, spéciales et radiologiques. Thèse de Nancy, 1908-1909, n° 7 p. 177.
- DANZIGER. — Des erreurs de diagnostic que peut entraîner l'interprétation des radiographies au sujet des calculs du rein. Thèse de Paris, 1920-1921, n° 60.
- FENWICK. — The value of expert radiography and cystoscopy in the detection of obsolesced tubercule in the kidney. *Brit. medic. Journ.*, 1909, p. 46.
- GINISTY. — Tuberculose rénale douloureuse à forme paroxystique. *Presse méd.*, février 1923.
- HIRSCHLER. — Vertauschung eines Nierensteins durch Nierentuberkulose. *Berliner klinische Wochenschrift*, 1920, p. 140.
- LANZILLOTTA. — Tuberculose rénale à forme pseudo-lithiasique. *Journ. d'urolog.*, septembre 1923, p. 205.
- LEGUEU. — La lithiasie rénale. *Encyclopédie française d'urologie*, t. II. p. 593.
- LEGUEU, PAPIN et VERLIAC. — Étude anatomique de la tuberculose rénale (origine, évolution, processus de guérison). *Arch. urol. de la clin. de Necker*, 1913-1914, p. 434.

- LOUMEAU. — Tuberculose rénale primitive à formes clinique et anatomique très particulière. *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1908, t. II, p. 961.
- MARION. — Formes de la tuberculose rénale. *Revue gén. de clin. et de thérap.*, Paris, 1910, p. 193.
- Une nouvelle cause d'erreur dans la radiographie des calculs du rein. *Journ. d'urolog.*, mai 1912, p. 655.
 - Diagnostic de la tuberculose rénale. *Presse méd.*, 13 janvier 1923.
- MARCOU. — A propos de la lithiase rénale chez des tuberculeux suralimentés. *Arch. gén. de méd.*, 1906, p. 1809.
- MARSAN. — La valeur de l'exploration fonctionnelle du rein dans le diagnostic des formes rares de la tuberculose rénale. *Journ. d'urolog.*, 1922, p. 149.
- MOUSSEAU. — La lithiase rénale chez les tuberculeux suralimentés. *Archives gén. de médecine*, 1906, p. 1217.
- PERRIER. — Tuberculose rénale à forme de lithiase. *Rev. méd. de la Suisse romande*, Genève, 1913, p. 843.
- PILLET. — Tuberculose rénale à forme anormale. *Journ. d'urolog.*, Paris, 1914, p. 595.
- POUSSON. — Calculs du rein et radiographie. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, in *Journ. de méd. de Bordeaux*, 15 décembre 1912, p. 808.
- Diagnostic raisonné d'une tuberculose rénale à ses débuts. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1910, p. 417.
- RAFIN. — Tuberculose rénale. *Encyclopédie française d'urologie*, t. II, p. 677.
- TUFFIER. — *Archives gén. de médecine*, 1892, p. 704.
- Formes cliniques de la tuberculose rénale. *Ann. des mal. des org. génito-urin.*, 1893, p. 495.
 - Contribution à l'étude de l'intervention chirurgicale dans la tuberculose du rein. *Bull. et mém. de la Soc. de chirurgie*, janvier 1897, p. 56.



